

CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

Cognome e Nome	Marini Paola
Data di nascita	12/04/58
Qualifica	Dirigente Sanitario Farmacista
Amministrazione	Azienda Ospedaliera G. Brotzu - Cagliari
Incarico attuale	Farmacista Dirigente
Numero telefonico dell'ufficio	070/52965439
Fax dell'Ufficio	070/52965210
Email istituzionale	paola.marini@aob.it

TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI ED ESPERIENZE LAVORATIVE

Titolo di studio	Laurea Chimica e Tecnologia Farmaceutiche											
Altri titoli di studio e professionali	Abilitazione alla professione di farmacista											
Esperienze professionali (incarichi ricoperti)	<ul style="list-style-type: none">– Farmacista collaboratore – Farmacia privata– Farmacista collaboratore di ruolo – ex USL 21 Cagliari P.O.A.Businco– Farmacista dirigente I livello – ex USL 21 Cagliari P.O.A.Businco– Farmacista dirigente I livello – AslCagliari P.O.A.Businco– Farmacista dirigente – AOB – P.O.A.Businco											
Capacità linguistiche	<table><tr><th>Lingua</th><th>Livello parlato</th><th>Livello scritto</th></tr><tr><td>Iglese</td><td>Scolastico</td><td>Scolastico</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Lingua	Livello parlato	Livello scritto	Iglese	Scolastico	Scolastico					
Lingua	Livello parlato	Livello scritto										
Iglese	Scolastico	Scolastico										
Capacità nell’uso delle tecnologie	<ul style="list-style-type: none">-Buona conoscenza dei sistemi informatici di base-Buone capacità nell'uso dei seguenti software: Word, Excel, PowerPoint											
Altro (partecipazione a convegni e seminari, pubblicazioni, collaborazioni a riviste ecc., ed ogni altra informazione che si ritiene)	<ul style="list-style-type: none">– Partecipazione costante a corsi di aggiornamento inerenti la professione con il conseguimento dei relativi crediti ECM											

dover pubblicare)

- Partecipazione alle riunioni come componente del Comitato Infezioni Ospedaliere sino al Giugno 2015 P.O. Businco
- Componente Gruppo Tecnico di supporto al governo clinico aziendale AOB

Firma

Pellelli

Curriculum anno 2017

Spettabile Azienda Ospedaliera Brotzu
Invio email curriculum dirigenti@aob.it

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E DI INCONFERIBILITA' AI SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013.

La sottoscritta Paola Marini _____
Nata a _Carbonia _____ il __12/04/1958_____
ai fini dell'attribuzione dell'incarico di
____Farmacista Dirigente_____,

sotto la propria responsabilità ai sensi degli Articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, e conscio delle responsabilità penali, che l'Articolo 76 dello stesso Decreto, pone in capo a chi rende dichiarazioni mendaci ad una Pubblica Amministrazione al fine di ottenere dalla stessa un beneficio,

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n. 39/2013.

Dichiaro inoltre di impegnarmi, al sopraggiungere, nel corso dell'incarico, di una causa di inconferibilità o di incompatibilità contemplata dal D.Lgs. n. 39/2013, a darne tempestiva comunicazione.

Firma Paola Marini

Data __28/12/2017____